

Lymphologischer Befundbogen: Arm (li./re./bds.)

Datum: **Therapeut:**

Name: **Vorname:** **Geb.:**

Adresse: **Tel.:**

Beruf: **Hobby:**

Beh. Arzt: **Tel.:**

Gewicht: kg **Größe:** m

Schmerzen: nein ja **Lokalisation:**

Schmerzqualität: stechend dumpf brennend bewegungsabhängig **Schmerzskala:** (1-10)

Operationen:

Ablatio mammae: nein ja, rechts ja, links ja, bds. **BET:** nein ja, rechts ja, links ja, bds.

Bestrahlung: nein ja ja, aktuell **Bestrahlungsfeld:**

Chemotherapie: nein ja ja, aktuell

Medikamente:

Andere Erkrankungen:

Erstmaliges Auftreten des LÖ:

Auslöser:

Erysipelinfektionen: nein ja **Anzahl/Jahr:**

Sek. Hautveränderungen: Pachydermie Hyperkeratose Papillomatose
 Hyperpigmentierung Stauungsdermatitis

Lymphgefäßveränderungen: Lymphzysten Lymphfisteln Lymphvarizen Lymphorrhoe

Rad. Fibrose: nein ja, verschieblich ja, nicht verschieblich

Sonstiges: Teleangiektasien Kollateralvenen Petechien Hämatome Ulkus
 Nagelmykosen Hautmykosen

Hautzustand: o.B. trocken/rissig **Hautfarbe:** o.B. blass
 pergamentartig feucht livide gerötet

Narben: nein ja **Lokalisation:**

Stemmer'sches Zeichen: **rechts** negativ positiv falsch positiv
links negativ positiv falsch positiv

Ödemklassifikation:

	Stadium rechts: (kein, Stad. I = akut, Stad. II = chron., Stad. III = eleph.)	Konsistenz re.: (teigig/weich od. fest)	Stadium links: (kein, Stad. I = akut, Stad. II = chron., Stad. III = eleph.)	Konsistenz li.: (teigig/weich od. fest)
Finger:
Hand:
Unterarm:
Oberarm:
Ob. RQ dors.:
Ob. RQ lat.:
Ob. RQ vent.:
Mamma:

Lymphknoten tastbar: nein ja
 Nll. cubitales nein rechts links bds.
 Nll. axillares nein rechts links bds.
 Nll. supraclaviculares nein rechts links bds.
 Nll. parasternales nein rechts links bds.
 Nll. pectorales nein rechts links bds.

Kombinationsformen des Lymphödems: Lipödem zykl. idiopath. Ödem
 Fibromyalgie rheumat. Formenkreis neurol. Formenkreis

Orthopädischer Status:

Muskulärer Status:

Ergänzende Bemerkungen:

Prognostische Einschätzung:
.....
.....
.....
.....

Befundergebnis/Diagnose:
.....
.....
.....
.....

Therapieziel:
.....
.....
.....

Entödematisierungsphase

Optimierungsphase

Therapieziel:
.....
.....

Kompressionsversorgung: nein ja **Welche:**

Messungen: nein ja

Fotodokumentation: nein ja

Patientenaufklärung: nein ja